WP/SSD/DI/01

බස්නාහිර පළාත් සමාජ සේවා දෙපාර්තමේන්තුව
Department of Social Services (Western Province)

රෝගාධාර ඉල්ලීම පිළිබඳ වාර්තාව
Report of Application for Disease Assistance

(ක්ෂය. ලාදුරු/පිළිකා/තැලිසීමියා රෝග වලට ගොදුරු වූ අඩු ආදායම්ලාභී රෝගීන් සඳහා පමණි.)
(Only for the low income patients with T.B/Leprosy/ Cancer/Thalisimia)

ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශය :.....
D.S.Division

1. ඉල්ලීම Request

1.1 ඉල්ලනු ලබන රෝගාධාරය Assistance request
ක්ෂය T.B ☐ ලාදුරු Leprosy ☐ පිළිකා Cancer ☐ තැලිසීමියා Thalisimia ☐
(අදාල වෛද්‍ය වාර්තාව ඇමිණිය යුතුය.)

1.2 ඉල්ලුම්කරුගේ නම සම්පූර්ණයෙන්:....
Name of Applicant (In Full)

1.3 ලිපිනය : .....
Postal Address

1.4 ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය: .....
Sex

1.5 උපන් දිනය: .....
Date of Birth

1.6 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:.....
NIC Number

1.7 විවාහක/ අවිවාහක/වැන්දඹු/වෙන්ව සිටින බව: .....
Married/Single/Widowed/Separated

1.8 ඉල්ලුම්කරු හා එකට වෙසෙන පවුලේ සාමාජිකයන් පිළිබඳ විස්තර :
Particulars of family members who are residing with the Applicant

නම Name	නෑකම Relationship	ස්ත්‍රී /පුරුෂ භාවය Sex	වයස Age	රැකියාව/ඉගෙනුම් ලබන ශ්‍රේණිය Occupation/Grade in school
(i)				

1.9 ඉල්ලුම්කරු මහජනාධාර හෝ සමෘද්ධි ආධාර ලබන්නේද, එසේනම් විස්තර සඳහන් කරන්න
Is Applicant in receipt of Public Assistance or Samurdi. If so give particulars below

	කාඩ්පත් අංකය (Card Number)	මුදල. (Amount) රු. (Rs.)
මහජනාධාර (Public Assistance)		
සමෘද්ධි ආධාර (Samurdi Assistance)		

1. 10 දැනට ප්‍රතිකාර ගන්නා රෝහල හෝ සායනයේ නම හා ලිපිනය: .....
Name and address of Hospital or Clinic where treatment is being taken:

1. 11 ප්‍රතිකාර ලබන්නේ කෙසේද? බාහිර රෝගියා ☐ නේවාසික රෝගියා ☐
How treatment is taken Out Patient In Patient

1. 12 ළඟම ඇති තැපැල් කන්තෝරුව
The post office nearby : .....

මා විසින් සපයන ලද ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.
I here by declare that the above information supplied by me is true and correct

.....
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන/වම් මාපටැඟිලි සළකුණ
Signature or Thumb in pressing of Applicant

---

2. ග්‍රාම නිලධාරිගේ නිර්දේශය
Recommendation of Grama Niladari

ඉල්ලුම්කරු ..... දිස්ත්‍රික්කයේ .... ප්‍රාදේශිය ලේකම් කොට්ඨාශයේ
අංක ..... දරණ..... ..... ග්‍රාම නිලධාරි වසමේ පදිංචි අඩු ආදායම්ලාභී
අයෙකු බවද, දී ඇති තොරතුරු මාගේ දැනුමේ හැටියට නිවැරදි බවද සහතික කරමි.

I Certify that the Applicant is a low income earner. He/ She is residing in Grama Niladari Division of Number ..... in D.S. Division of ..... in District of ..... The given information above are correct to my knowledge.

දිනය :.....
Date

.....
ග්‍රාම නිලධාරි අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
Signature and Rubber stamp of Grama Niladari

---

3. සමාජ සේවා නිලධාරි නිර්දේශය:
Recommendation of S. S. O

දිනය :.....
Date

.....
සමාජ සේවා නිලධාරි අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
Signature and Rubber stamp of S.S.O

---

4. ප්‍රාදේශිය ලේකම්ගේ අනුමැතිය :
Approval of Divisional Secretary :

දිනය :.....
Date

.....
ප්‍රාදේශිය ලේකම්ගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව
Signature and Rubber stamp of D.S